

Détection des patients à risque de douleur aiguë post-opératoire



Rédigé par l'équipe algologique du CHA-Vivalia

Dans notre société (en Europe et aux USA), la douleur chronique touche environ 10 à 20% de la population. Et parmi les patients consultant un centre d'algologie, 20% d'entre eux mentionnent la chirurgie comme cause de leur douleur (P.Lavand'homme, "Chronicisation de la douleur post-opératoire: quelle réalité et comment l'éviter?", Mapar 2011).

Toute chirurgie comporte un risque de douleur persistante. Certains facteurs de risques pouvant augmenter les chances de développer des douleurs chroniques ont été mis en évidence. Et parmi ceux-ci, un facteur revient constamment: la douleur sévère et mal contrôlée en post-opératoire.

En effet, une douleur aiguë post-opératoire serait directement prédictive d'une douleur chronique post-opératoire (DCPO). Un questionnaire, a donc été créé, permettant de détecter des patients à risque de développer des douleurs post-opératoires sévères. Ce questionnaire nommé « Evaluation Pré-Interventionnelle » (score EPI) est notamment utilisé à l'UCL, par l'équipe du Dr P. Lavand'homme. Il a été créé à l'origine par CJ Kalkman et al (2003). Les facteurs pré-opératoires évalués sont l'existence d'une douleur pré-opératoire, la prise d'antalgiques (surtout les opiacés avant la chirurgie), le type de chirurgie (site / technique), l'anxiété, le catastrophisme, l'âge, le sexe, ...

Ce questionnaire est rempli par le patient auprès de l'infirmière au décours de sa consultation préopératoire.

L'utilisation de cette échelle (score EPI) permet au personnel soignant d'adapter la prise en charge de la douleur au niveau pré, per et post-opératoire.

- > Lors de la prémédication, par une prescription d'anxiolytique, d'antihyperalgésique 2h avant la chirurgie si nécessaire.
- > En adaptant le type, la technique de chirurgie.
- > En post-opératoire, en renforçant la surveillance de la douleur pendant l'hospitalisation et en ayant recours à une analgésie multimodale, suffisante, principalement les 48 premières heures.
- > En éduquant le patient à réclamer un antidouleur à temps et en lui proposant des moyens non médicamenteux (chaud, froid, ...) pour faire face aux douleurs. En éduquant également sur la gestion du stress, des émotions par la distraction et la détente
- > Par une prescription d'un traitement antidouleur suffisant pour le retour à domicile (traitement "personnalisé", adapté aux besoins du patient).
- > En encourageant le patient qui reste douloureux à prendre contact avec son médecin traitant afin d'éviter des douleurs inutiles qui augmentent le risque d'une chronicisation de la douleur.

Ne perdons pas de vue que la douleur est un signe vital à surveiller, au même titre que la tension, le rythme cardiaque, la température, ...

SCORE EPI

Facteurs de risque		OUI = 1 / NON = 0	POINTS
Sexe féminin		0 / 1	
Age	Moins de 30 ans	2	
	Entre 31 et 65 ans	1	
	Plus de 65 ans	0	
Douleur préopératoire au site chirurgical	Sévère	3	
	Modérée	2	
	Légère	1	
	Aucune	0	
Usage régulier d'analgésiques opiacés (pour douleur préopératoire, cancer, douleur chronique, toxico)		0 / 1	
Usage régulier d'antidépresseurs / d'anxiolytiques		0 / 1	
Chirurgie par voie NON laparoscopique et tomie		0 / 1	
Type de chirurgie	Thoracique	3	
	Abdominale	2	
	Orthopédique	1	
	Autre chirurgie	0	
Chirurgie de longue durée (plus de 120 min)		0 / 1	
Patient avec obésité importante (BMI > à 30)		0 / 1	
Patient très anxieux lors de la visite préopératoire, patient qui pose beaucoup de questions (chirurgie, anesthésie)		0 / 1	
TOTAL		Score maximum = 15	

Résultats : un score à 9 enclenche un système d'alerte sur Omnipro pour l'infirmière en algologie